4

DE QUELQUES CAS
D'ICTÈRE MÉCANIQUE
DUS
AU CANCER
DE LA DEUXIÈME PORTION DU DUODENUM

PAR

CAILLET

DOCTEUR EN MÉDECINE DE LA FACULTÉ DE PARIS



PARIS
A. DERENNE, ÉDITEUR
52, boulevard Saint-Michel, 52
1876


LIBRAIRIE
JAÇQUES LECHEVALIER
23, Rue Racine, PARIS VI.

A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS

A MA TANTE, A MON ONCLE,

F. CAILLET,

Inventeur de l *arçonneuse Caillet.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. G. SÉE

Professeur de Clinique interne à l'Hôtel-Dieu,
Officier de la Légion d'honneur.

A M. DESNOS

Médecin de l'hôpital de la Pitié,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A MES PROFESSEURS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX.

DE QUELQUES CAS

D'ICTÈRE MÉCANIQUE

DUS

AU CANCER

DE LA DEUXIÈME PORTION DU DUODENUM

PAR

CAILLET

DOCTEUR EN MÉDECINE DE LA FACULTÉ DE PARIS



PARIS

A. DERENNE, ÉDITEUR

52, boulevard Saint-Michel, 52

1876

DE QUELQUES CAS D'ICTÈRE MÉCANIQUE

DUS AU CANCER DE LA 2e PORTION DU DUODÉNUM.

EXPOSITION DU SUJET.

Notre but n'est pas de donner ici une histoire complète de toutes les tumeurs qui peuvent comprimer le canal cholédoque, et amener un ictère persistant par rétention de la bile. Nous voulons simplement traiter de l'ictère qui reconnaît pour cause un *cancer de la 2me portion du duodénum,* au niveau de l'ampoule de Water, que ce cancer soit resté limité au duodénum ou qu'il se soit propagé à la tête du pancréas. C'est dire que nous laisserons de côté les cas dans lesquels le cancer a atteint simplement la tête du pancréas en épargnant le duodénum. Ces cas de cancer limité au pancréas ne s'accompagnent pas forcément d'ictère ; et cela s'explique par les rapports qu'affecte le canal cholédoque avec la tête du pancréas. En effet d'après les recherches de Owyss, tantôt (15 fois sur 20), il y a entre le canal cholédoque et le pancréas un simple rapport de contiguité, tantôt le canal cholédoque avant de s'ouvrir dans l'ampoule de Water, est entouré de tous côtés par le

tissu pancréatique. On conçoit que dans le premier cas, le canal cholédoque puisse être repoussé par une tumeur du pancréas ; et alors l'ictère n'est pas une conséquence forcée de ce refoulement.

Ceci posé, pour bien limiter notre sujet, nous parlerons successivement de l'historique, de la pathogénie, de l'anatomie pathologique ; nous rechercherons s'il y a des causes nettement établies, nous étudierons les différents symptômes, et nous terminerons par le diagnostic différentiel des causes qui peuvent amener un ictère mécanique persistant.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE.

L'ictère chronique par cancer de la deuxième portion du duodénum et de la tête du pancréas était peu connu au siècle dernier. Dans l'article pancréas du dictionnaire en XXX vol. se trouvent résumés les travaux parus jusqu'en 1840.

On y voit l'histoire d'une femme qui éprouva de fortes douleurs dans la région épigastrique, avec des vomissements de la constipation et enfin un ictère et un ascite : à l'autopsie la tête du pancréas présenta plusieurs noyaux squirrheux qui oblitéraient le canal cholédoque. (Winckel, Journal de Hufeland, T. VIII, p. 60).

Une observation analogue se trouve dans le journal anglais *the Lancet* de 1827. Une autre appartient à Abercrombie : il s'agissait d'un homme de 56 ans qui mourut après avoir été jaune pendant deux ans.— Brécourt dans sa thèse soutenue à Strasbourg en 1830 reproduit deux observations de dégénérescence graisseuse du pancréas, avec ictère par compression du canal cholédoque.— Andral dans le tôme II de sa pathologie interne rapporte un fait de cancer de la tête du pancréas avec ictère et dilatation considérable des voies biliaires.

Un travail plus complet fut publié par Brigth en 1834 (1).

Le mémoire de Brigth était fait surtout dans le but de faire ressortir la fétidité des évacuations alvines et la présence dans les selles de matières huileuses comme symptômes des maladies chroniques du pancréas, cependant dans trois observations de cancer du pancréas et du duodénum, l'ictère est mentionné.

En 1836 Mondière (2) fit paraître dans les Archives de Médecine ses recherches sur les maladies du pancréas. L'auteur insistait sur ce point qu'il n'avait jamais rencontré dans les matières fécales la substance graisseuse ou huileuse signalée par Brigth.

Dans le mémoire de Durand-Fardel (3) on trouve une observation de cancer du canal cholédoque à son orifice duodénal; mais il n'y avait pas d'ictère pendant la vie. Cependant à l'autopsie le calibre du canal cholédoque était à peu près fermé par les fongosités cancéreuses qui siégeaient au niveau de l'ampoule de Water.

En 1858 Da Costa (4) réunit toutes les observations qui avaient été publiées dans différents pays sur le cancer du pancréas; et sur 37 cas l'ictère est mentionné 24 fois.

1. Brigth, Recherches sur les maladies du pancréas et du duodénum (London med. chir. transact. T. XVIII — extrait dans les Archives générales de Médecine T.IV page 486.— 1834).

2. Mondière, Recherches pour servir à l'histoire pathologique du pancréas. In. Arch. de Médecine T.XII p. 142, 1836.

3. Durand-Fardel, Recherches anatomiques sur la vésicule et les cancers biliaires, in Archives de Médecine. 1840.

4. Da Costa, Cancer of pancréas, North américan méd. chir. Review, 1858, p. 883. — Analyse in Schmidt Jar, 107 Bel 1860. S. 37.

La monographie d'Ancelet (1) (1866) porte sur 200 cas de cancer du pancréas, et sur ces 200 cas la tête de l'organe était envahie 121 fois.

Dans l'article *voies biliaires* du dictionnaire encyclopédique de Dechambre on trouve également quelques indications bibliographiques.

Dans une étude sur le cancer primitif des voies biliaires Villard (2) donne une observation qui appartient plutôt au cancer du duodénum qu'au cancer des voies biliaires.

En somme aucun travail spécial n'a paru sur l'ictère, causé par le cancer de la deuxième portion du duodénum.

Mais M. le professeur Charcot dans son cours de 1876 à la Faculté de médecine a magistralement décrit toutes les lésions de l'ictère chronique par rétention de la bile. Ces lésions sont du reste les mêmes quel que soit l'obstacle oblitérant le canal cholédoque.

Aussi puiserons-nous de nombreuses indications dans les leçons de M. Charcot (3).

1. Ancelet, Etude sur les maladies du pancréas. Paris 1866.

2. Villard, Étude sur le cancer primitif des voies biliaires *in* Mouvement médical 1870.

3. Charcot. Leçons d'anatomie pathologique *in* Progrès médical 1876.

CHAPITRE II

PATHOGÉNIE DE L'ICTÈRE MÉCANIQUE.

Morgagni le premier a voulu rapporter presque tous les ictères à l'obstruction des voies biliaires.

A mesure que marchaient les progrès de l'anatomie pathologique, le champ des ictères sans obstruction des voies biliaires s'est considérablement rétréci. Ainsi dans ses recherches sur la pathogénie de l'ictère, M. Raymond (1) a parfaitement établi la réalité du bouchon muqueux à l'orifice du canal cholédoque dans l'ictère lié au catarrhe gastro-intestinal, à la gastro-duodénite de Broussais. — Plus récemment M. Cornil (2) a prouvé par ses recherches histologiques que dans un grand nombre d'ictères la véritable cause est une rétention de la bile dans les canaux intra-lobulaires.

Déjà au siècle dernier on savait que la ligature du canal cholédoque chez les animaux est suivie rapidement d'une coloration ictérique des muqueuses. Ce fut Saunders (3) qui fit en Angleterre les premières expériences. Deux heures après la ligature du canal chez des chiens, Saunders trouva

1. Raymond. Pathogénie de l'ictère (*in* Progrès médical 1874, nº 28).

2. Cornil. Pathogénie de l'ictère, *Gazette médicale* 1875, nº 31, pag. 380.

3. Saunders. A treatise on the structure of the lever. London 1795.

les lymphatiques jusqu'au canal thoracique remplis d'un liquide jaune. De plus le sérum du sang des veines hépatiques était fortement coloré, tandis que dans les veines jugulaires le sérum du sang était à peu près normal. La preuve était assez démonstrative. La bile préalablement formée dans le foie était résorbée par les veines et les lymphatiques. Cette résorption de la bile se traduisait sur l'animal vivant par une coloration ictérique généralisée et par des selles argileuses.

Plus tard les expériences de Saunders furent reprises par Tiedeman et Gmelin qui constatèrent des faits analogues.

Les résultats obtenus par Frerichs (1) sont en contradiction avec ceux de Saunders. D'après Frerichs, 24 heures après la ligature du canal cholédoque, on ne pouvait démontrer la présence du pigment biliaire ni dans le sérum du sang, ni dans les lymphatiques, ni dans l'urine. Après 28 heures on trouve le pigment biliaire une fois dans le sang des veines jugulaires ; une autre fois il n'en présentait pas de traces. Après 48 heures la matière colorante se rencontre presque toujours dans le sang et dans l'urine, mais non dans le canal cholédoque, 60 heures après la ligature le contenu du canal thoracique resta encore blanc une fois; une autre fois au contraire il était jaune et contenait du pigment. Il y eut des cas où malgré l'occlusion complète des voies biliaires, le sang et l'urine ne présentèrent aucune trace de matière colorante après deux jours.

Plus récemment M. Audigé (2) fit à la Société de biolo-

1. Frerichs. Traité pratique des maladies du foie. Traduction française, 1862.

2. Audigé. Comptes rendus de la Société de Biologie, 1873, L. 369.

gie une communication sur la rapidité de l'absorption de la bile dans l'occlusion des voies biliaires. M. Audigé pratiqua la ligature du canal cholédoque sur un chien. L'animal put vivre 19 jours pendant lesquels il montra un appétit vorace, quoique maigrissant à vue d'œil. Il succomba avec des convulsions, du délire et une série d'accidents analogues à ceux qu'on observe dans l'urémie.

Avant l'opération, M. Audigé avait constaté que les urines ne contenaient pas de matière colorante de la bile. Quatre heures après l'opération on trouva ces matières colorantes dans l'urine et dans le sang, le second jour les matières excrémentitielles étaient décolorées.

La teinte ictérique de la peau et des conjonctives ne se montra que le huitième jour ; elle se prononça de plus en plus et apparut bientôt sur les muqueuses de la bouche et du nez.

Les résultats obtenus par M. Audigé se rapprochent de ceux de Saunders et sont en contradiction avec ceux de Frerichs.

Pour M. Audigé la cause de cette différence provient peut-être de ce que Frerichs n'avait pas lié le conduit hépatique supplémentaire, qui chez le chien vient s'ouvrir dans le canal cholédoque au niveau de l'ampoule de Water.

De la communication de M. Audigé certaines particularités sont à retenir, à savoir : l'appétit vorace du chien avec une maigreur extrême, et l'odeur fétide des selles.

Ces symptômes indiquent suffisamment que l'assimilation des aliments n'est pas possible sans le secours de la bile.

De plus, parmi les chiens, auxquels M. Audigé avait

pratiqué la ligature du canal cholédoque, deux eurent des hémorrhagies intestinales. Nous retrouverons aussi cet accident chez certains malades atteints de cancer du duodénum avec ictère.

CHAPITRE III.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Comme le cancer de l'estomac et le cancer de l'intestin, le cancer du duodénum peut se présenter sous trois formes : squirrhe, encéphaloïde, cancer épithélial. Le squirrhe est le plus fréquent. Nous n'avons pu recueillir d'observation de cancer colloïde du duodénum.

Le squirrhe au début apparaît sous forme de nodosités isolées dans le tissu cellulaire sous-muqueux. Ces masses aplaties et disséminées soulèvent la muqueuse et finissent par le détruire. Des végétations font alors saillie à l'intérieur, ou bien à la place des végétations on a un ulcère cancéreux à bords durs, calleux et saillants. La tunique musculaire est consécutivement envahie et détruite dans une étendue plus ou moins grande. C'est alors que le cancer se propage à la tête du pancréas.

Dans les points où la tunique musculaire n'est pas détruite elle s'hypertrophie, quelquefois la mort arrive avant le ramollissement du squirrhe ; alors on voit simplement une tumeur faire saillie dans l'intérieur du duodénum, comme dans l'observation suivante due à Bennett.

Observation de Bennett.

Leçons cliniques 5e édition, T. II, P. 56.

Ictère. — Tumeur cancéreuse du pancréas et du duodénum, ayant envahi le canal cholédoque.

John Mac Donald, âgé de 50 ans, tailleur, entré le 29 novembre 1853, a été pris il y a quatre semaines d'une douleur rongeante à l'épigastre.

Le 13 après avoir travaillé beaucoup plus fort que d'habitude, il retourna chez lui épuisé de fatigue. Le lendemain il était assoupi, n'avait pas d'appétit et le 27 sa peau avait pris une légère teinte jaune. Il souffrait d'une douleur sourde dans l'hypocondre droit, et entra à l'infirmerie.

Symptômes à l'entrée. — Le malade n'éprouve pas de douleur, ni de difficulté à manger, bien que cela lui cause des nausées. — Pas d'appétit, soif vive, matité hépatique verticale de 9 centimètres. Pas de sensibilité à l'abdomen, on ne sent point de tumeur à l'épigastre.

Constipation, les selles sont d'un vert foncé, mais le malade dit qu'elles ont été blanches au début de son mal, l'urine a une teinte brune foncée, comme du petit porter : ce qui tient à la présence de la bile. L'ébullition n'y produit aucun changement.

Le pouls est à 60, régulier.

La peau est d'un jaune intense.

Les autres organes sont sains et les autres fonctions s'accomplissent d'une manière normale.

Marche de la maladie. — 3 *décembre.* — Les selles ont une teinte plombée.

10 *décembre.* — Le malade se plaint d'une douleur triturante dans la région du foie. Il n'y a plus eu de selles depuis plusieurs jours. La teinte jaune de la peau est encore plus intense.

12 *décembre.* — A la suite d'une évacuation à l'aide d'un lavement les souffrances sont moindres.

Les selles ont encore une teinte plombée.

14 *décembre.* — Le malade se sent plus mal, et se trouve très-faible. Les selles ont une couleur verte foncée. Même état pour le reste, impossibilité de manger.

17 *décembre.* — L'affaiblissement est encore plus marqué, le malade n'ingère aucune nourriture. La peau a pris une teinte d'un vert foncé. Langue sèche et recouverte d'une croûte brune foncée.

Selles de couleur plombée foncée. Pouls 120, très-faible.

19 *décembre.* — Le malade continue à s'affaiblir et meurt à 2 heures du matin.

Autopsie, 34 heures après la mort. — Coloration ictérique des plus prononcées par tout le corps et dans tous les tissus.

Thorax — A part un peu d'emphysème des poumons tous les organes thoraciques sont intactes.

Abdomen. En ouvrant le duodénum on découvre à l'embouchure du canal cholédoque une tumeur faisant saillie à l'intérieur et comprimant ce conduit. Cette excroissance a le volume d'une noix et présente tous les caractères du squirrhe. Elle se continue avec l'extrémité droite du pancréas. Indépendamment de cette tumeur le pancréas dans les autres points est induré et contient plusieurs petits kystes remplis d'un liquide gélatineux. La portion du canal cholédoque, traversant la tumeur, a près de 4 centimètres de long et c'est à peine si on parvient à y faire pénétrer une petite sonde. Derrière ce rétrécissement le canal cholédoque est considérablement dilaté, au point que son calibre atteint presque la grosseur du pouce. La vésicule est également très-distendue et remplie de bile foncée. Elle renferme de plus deux petits calculs.

Le foie pèse au-delà de 1,500 grammes ; sa couleur est verte et le centre des lobules est congestionné. Les conduits biliaires sont dilatés dans toute l'étendue de la substance. — Dans le parenchyme se trouvent disséminées de petites masses blanches cancéreuses, dont le volume varie depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une noisette.

Des masses cancéreuses analogues se montrent dans la substance corticale du rein. — Le gros et le petit intestin renferment une quantité considérable d'un sang noir mêlé à une matière féculante.

Les autres organes sont sains.

Examen microscopique. — Les masses cancéreuses signalées dans le pancréas, le duodénum, le foie et les reins contiennent des cellules caractéristiques. Les cellules hépatiques sont gorgées d'une bile jaune prenant une couleur rouge cerise par le réactif de Pettenkoffer.

L'observation suivante de Laborde nous donne un exemple de cancer épithélial.

Observation II.

Ictère. — cancer épithélial du duodénum, au niveau de l'embouchure dans ce dernier des canaux cholédoque et pancréatique. — Dégénérescence de la tête du pancréas.

Ronnousset, âgé de 80 ans, entre à l'infirmerie générale de Bicêtre (salle Sainte-Foy n° 8) le 10 mai 1857.

Vieillard de petite taille, un peu amaigri, mais à l'œil encore très-vif. Il ne comprend pas pourquoi on l'a transporté à l'infirmerie, se dit exempt de tout mal et de toute souffrance ; il ignore même qu'il est *jaune* de la tête aux pieds. — En conséquence il est impossible d'obtenir de sa bouche le moindre renseignement sur le début de sa maladie et sur ses antécédents. Les personnes qui ont pu l'observer dans sa division ne nous en apprennent pas davantage, si ce n'est que sa jaunisse existe depuis environ huit jours. Ce renseignement, pour le dire à l'avance, est même très-sujet à caution, ainsi que la suite des faits va le démontrer. Force est donc de demander à l'examen direct toutes les lumières du diagnostic ; cet examen permet de constater ce qui suit.

Coloration d'un *jaune orangé* remarquable sur toute la surface cutanée externe et de la conjonctive oculaire. Langue recouverte d'un léger enduit jaunâtre. Pouls d'une lenteur caractéristique (40 à 50) un peu faible. Point de douleur spontanée nulle part, mais le palper et surtout la pression déterminent une douleur assez vive vers l'hypocondre droit dans un point très-limité, un peu au-dessous et à gauche du rebord des dernières fausses côtes.

Cependant ni le palper, ni la pression ne révèlent en ce point la présence d'aucune tumeur appréciable. Le foie lui-même ne déborde nullement le rebord costal ; il est dans ses limites normales et il paraît offrir plutôt une diminution qu'une augmentation de son volume. Rien dans l'état présent, ni dans un passé peu éloigné, ne démontre l'existence de calculs biliaires et surtout d'un calcul obstruant les canaux cystique ou cholédoque. Pas la moindre manifestation de colique hépatique. — L'appétit ne fait pas complétement défaut et le malade conserve encore, malgré son grand âge, une certaine vivacité qui se manifeste tant par les mouvements que par l'expression de son regard. — Constipation et décoloration des matières fécales, réaction caractéristique par l'acide azotique. Ajoutons enfin que le cœur présente des battements normaux, à la lenteur et à la faiblesse près, et que les poumons ne sont le siége que d'une altération très-commune à cet âge, un catarrhe chronique sans manifestations aiguës actuelles.

En présence de ces signes pour la *plupart négatifs* le diagnostic de la cause de l'ictère ou de la lésion a dû d'abord rester en suspens. Mais il s'est montré bientôt éclairé du moins en partie, par la marche subséquente de l'affection. En effet la persistance et même l'augmentation de la coloration ictérique, malgré une médication révulsive appropriée ; l'état d'abattement progressif constituant une véritable adynamie, quelques ecchymoses affectant la forme de purpura, survenues aux membres inférieurs, etc., ont bientôt fait songer à l'existence probable d'une *affection chronique organique*, exerçant une influence directe ou indirecte sur l'excrétion biliaire. Mais quel était le siégé de cette affection ? Quelle en était la nature ? De grandes difficultés s'offraient à une pareille détermination. L'examen précité de la glande

hépatique semblait exclure toute participation directe de celle-ci. Parmi les autres organes, l'estomac se montrait à l'investigation la plus minutieuse, dans un état d'intégrité parfaite. L'absence de toute tumeur saillante et plus ou moins mobile excluait aussi la participation de l'épiploon. Restait le pancréas, sur lequel s'arrêtait en dernier lieu la pensée, comme capable de dégénérescence et de compression permanente sur le principal conduit de la bile. Cette présomption empruntait de plus quelque raison d'être, à l'existence d'une douleur vive signalée plus haut au niveau de la glande pancréatique.

Le malade succomba le onzième jour, et l'on trouva à l'autopsie les lésions suivantes :

Le thorax et l'abdomen étant ouverts, toute la surface interne de ces cavités et celle des organes contenus se présentent avec une belle coloration jaune semblable à celle déjà signalée sur la muqueuse externe. Elle se montre par plaques à la surface même des poumons et aussi dans la cavité encéphalique, sur toute la surface du cerveau ; on la retrouve enfin à la coupe des muscles et des cartilages.

Les canaux hépatique et cholédoque présentent un volume considérable et peu différent de celui de la vésicule elle-même dans un état de distension exagérée.

Le canal cystique a aussi plus que son volume normal. La bile contenue est presque noire, poisseuse et comme gélatiniforme. Cependant tous les canaux biliaires sont parfaitement perméables dans toute leur étendue, et la pénétration du canal cholédoque lui-même dans le duodénum se fait par une embouchure bien ouverte. Mais cette embouchure traverse une tumeur très-dure et très-adhérente aux parois duodénales, tumeur du volume d'un gros œuf de poule et appartenant à la tête du pancréas qu'elle paraît ne pas dépasser, ainsi qu'en fait foi d'ailleurs l'examen microscopique. — Celui-ci a en effet démontré dans cette tumeur l'existence de noyaux volumineux avec nucléole à une des variétés de la dégénérescence cancéreuse.

De plus, à l'intérieur du duodénum et juste au niveau de l'embouchure du canal chodéloque, apparaît une large plaque formant tumeur, à bords renversés et de forme champignonnée. La surface est comme

ulcérée bien qu'il n'y ait pas de liquide sanieux. Toute la muqueuse duodénale est mollasse et déchiquetée par place. La coupe de la tumeur est mollasse; il s'en écoule un suc grisâtre, qui présente sous le microscope, une multiplication remarquable de la cellule épithéliale normale de l'intestin, et des modifications successives de celle-ci, aboutissant à la cellule allongée, fusiforme, fibro-plastique, au noyau nucléole et granulations nucléolaires abondantes.

La même préparation offre un grand nombre de noyaux séparés, semblables à ceux signalés plus haut dans la tumeur pancréatique. Il est à remarquer que dans ce point du canal intestinal (siége de la tumeur), on ne trouve pas trace d'élément glandulaire, lequel se retrouve dans les autres points de la muqueuse avec la plupart de ses attributs normaux (glandes de Brunner).

Le foie est sain et ne présente d'autres modifications que celles dues au long séjour forcé de la bile dans son tissu.

(Mémoire de la Société de Biologie. Juin 1859, page 84).

Dans certains cas la tête du pancréas et la tunique du duodénum, sont tellement altérées par le produit morbide, qu'il est bien difficile d'établir par où le cancer a commencé. On a alors dans le duodénum une ulcération, et sur la tête du pancréas un foyer de ramollissement qui communique avec l'ulcération duodénale. C'est ce que l'on trouve dans l'observation tirée du mémoire de Brigth.

Observation III.

Cancer du duodénum et de la tête du pancréas. Ulcération du duodénum. Ictère chronique. Mort.

Observation de Brigth, in archives de médecine, deuxième série T. IV, 1834, p. 485.

Une femme âgée de 50 ans, entra à l'hôpital de Guy, le 19 novembre 1828. Sa peau était fortement colorée en jaune. Elle

était très-amaigrie. Les selles étaient de la couleur de l'argile ; son urine était colorée d'une manière remarquable par la bile. Cette femme éprouvait de temps en temps de vives douleurs dans les intestins. Trois mois auparavant, il y avait eu de la diarrhée ; les aliments étaient rendus sans être digérés. Les douleurs abdominales qui revenaient par intervalles étaient calmées par la pression. — L'ictère durait depuis 6 semaines. — Le docteur Brigth pensa que les symptômes étaient dus à une compression exercée à la fois sur les conduits biliaires et sur le pylore. Quelques jours après il remarqua que les selles étaient couvertes de petites masses graisseuses arrondies, plus grosses que des pois ; il les attribua à une dose d'huile de ricin que la malade avait prise ; mais celle-ci affirma qu'elle avait rendu souvent des selles semblables sans avoir pris d'huile de ricin.

La malade languit ainsi pendant trois mois et mourut dans le marasme le 16 janvier de l'année suivante.

Autopsie faite 48 heures après la mort.

Coloration générale de la peau en jaune foncé, passant en quelques endroits à la couleur basannée des créoles.

Émaciation générale.

Les poumons étaient sains, à cela près qu'en arrière ils étaient limités par des adhérences étroites et que toute leur surface était légèrement colorée par la bile. Le cœur était sain, petit et un peu ferme.

En ouvrant l'abdomen, on trouve l'épiploon assez chargé de graisse.

Le péritoine n'offrait ni maladies, ni adhérences, excepté à la face supérieure du foie, qui était unie en plusieurs endroits au diaphragme par de longues adhérences.

En plaçant la main auprès du pylore, on sentait une tumeur dure, de la grosseur d'un œuf de poule, qui appartenait à la tête du pancréas, et formait une masse jaune, presque cartilagineuse. La tête du pancréas était unie d'une manière inséparable avec le duodénum ; la surface interne de cet intestin était inégale et ulcérée.

L'ulcération avait causé l'érosion de toutes les tuniques. Cette surface dans l'endroit correspondant au pancréas était ramollie et légèrement jaune, communiquant avec la tumeur même qui en ce point était

irrégulièrement ramollie et suppurait dans une étendue de la largeur d'une petite châtaigne.

Au milieu de l'ulcération un petit corps faisait saillie comme un mamelon ; c'était l'orifice du canal cholédoque. Ce canal était encore perméable, car en pressant la vésicule, on en faisait sortir la bile épaisse. La vésicule contenait quatre onces de bile épaisse vert foncé. Elle n'était pas cependant très-tendue, et ressemblait plutôt à une poche un peu flasque, ce qui fit penser au docteur Brigth qu'elle avait été plus distendue quelque temps auparavant.

La maladie de la muqueuse duodénale occupait le côté externe du sillon correspondant au pylore, c'est-à-dire la face postérieure de la deuxième portion du duodénum.

Le foie avait son volume normal ; il contenait plusieurs tubercules arrondis, répandus çà et là, de la grosseur d'un grain de riz à celle d'une noix muscade. Les conduits biliaires étaient énormément distendus, et remplis par une bile fluide et aqueuse.

La membrane muqueuse de l'estomac était comme spongieuse, d'une teinte rougeâtre.

Les intestins n'offraient rien de digne d'être noté.

La rate était ramollie.

Les reins gros et flasques étaient colorés par la bile, dans toute leur épaisseur.

Réfl. — Le cancer du pancréas, qui paraît être de nature encéphaloïde a-t-il d'abord atteint la tête du pancréas? Ou bien la production morbide a-t-elle débuté d'abord dans le tissu sous-muqueux du duodénum, pour détruire ensuite les tuniques musculaires, atteindre le pancréas, se ramollir ensuite et s'ulcérer dans le duodénum ? C'est ce qu'il serait difficile d'établir d'une façon certaine. Dans tous les cas quel qu'ait été le mode de début, l'ictère s'est produit par le même mécanisme ; obstruction du canal cholédoque à son orifice duodénal.

Les ganglions sus et sous pancréatiques peuvent participer à la maladie, ainsi que quelques ganglions mésentériques où se rendent les vaisseaux lymphatiques du duodénum.

Observation IV.

Cancer de la deuxième portion du duodénum; ictère; mort huit mois après l'apparition de l'ictère.

par M. Avezou, interne des Hôpitaux.

Serné, L. J. A.., âgé de 72 ans, entre le 17 mai 1875 à l'infirmerie de l'hospice des Ménages (service de M. Ch. Bernard).

En octobre 1874, cet homme, d'une bonne santé antérieure, fut pris d'ictère, sans cause appréciable, avec faiblesse et anorexie; il n'avait jamais eu auparavant d'accès de coliques hépatiques; la peau était d'un jaune très-foncé.

Le malade fut d'abord traité par les alcalins, mais il n'y eut pas d'amélioration; l'ictère persista : de vives démangeaisons sur toute la surface du corps constituaient le phénomène le plus saillant. Pour calmer ces démangeaisons, le malade se frottait pendant une grande partie de la journée avec une brosse en chiendent. Les selles étaient décolorées, et il y avait un peu de constipation. Plus de deux mois se passèrent ainsi; le malade s'affaiblissait graduellement.

4 janvier. — Sur toute la surface du corps, la peau est d'un jaune orangé; cependant, le malade déclare qu'au début, la coloration était beaucoup plus foncée. La région hépatique est légèrement sensible à la pression. Le foie n'est pas augmenté de volume; pas de tumeur abdominale, pas d'ascite, pas d'œdème des membres. Les urines sont rougeâtres et contiennent une notable quantité de bile; jamais de vomissements; pas de fièvre. Cet état se prolonge pendant trois mois.

En dehors des démangeaisons, tous les autres symptômes sont

négatifs. La constipation devient plus opiniâtre, les garde-robes sont douloureuses. En même temps, la coloration ictérique diminue, et tourne insensiblement au jaune clair; le dépérissement continue; les démangeaisons cessent vers le 15 *avril*. — Malgré l'absence de tumeur abdominale, malgré l'absence d'œdème, à cause de l'état général et de la persistance de l'ictère, on présume qu'il s'agit d'un *cancer des voies biliaires*.

1er *mai*. — Il est survenu de l'œdème au bras gauche; l'avant-bras et la main surtout sont gonflés; le malade se couche habituellement du côté gauche.

6 *mai*. — L'œdème a envahi aussi le membre inférieur gauche, il remonte jusqu'au-dessus du genou.

15 *mai*. — Bouffissure de la face. La nuit dernière, le malade a commencé à délirer; il tousse plus que d'habitude; râles humides dans la poitrine, surtout à droite; pas d'albumine dans les urines.

Les nuits suivantes, le délire reparaît; c'est alors que le malade, soigné d'abord dans sa chambre, entre à l'infirmerie.

19 *mai*. — Pour la première fois depuis le mois d'octobre, le malade est pris de diarrhée; cette diarrhée dure jusqu'au 26 *mai*.

27 *mai*. — La jambe droite et le bras droit sont, à leur tour, le siége d'œdème; les deux mains sont très-gonflées; l'abattement du malade est considérable, il ne peut plus se lever du lit.

29 *mai*. — La constipation est revenue; les nuits sont plus agitées; le délire s'accentue.

1er *juin*. — L'œdème des bras et des jambes persiste, moins marqué cependant; la bouffissure de la face a aussi diminué; le ventre n'est pas tendu, pas d'ascite; la constipation fait de nouveau place à la diarrhée.

8 *juin*. — La diarrhée est incoercible; affaiblissement extrême; sensation de froid aux pieds; le malade accuse une douleur permanente aux talons.

9-15 *juin*. — La cachexie fait de jour en jour des progrès; pas d'eschare au sacrum; perte d'appétit à peu près complète.

18 *juin*. — Accès d'étouffement; mort à quatre heures du soir.

Autopsie faite le 19 *juin*, 24 heures après la mort. — Tout le corps présente une teinte jaune paille. Léger œdème des membres inférieurs ; cet œdème est beaucoup plus marqué sur la cuisse gauche que sur la cuisse droite. La paroi abdominale est déprimée, et le ventre légèrement excavé en bateau.

Thorax. — A l'ouverture du thorax, on constate que le *poumon* droit adhère à la paroi thoracique dans toute son étendue ; la plèvre pariétale est épaissie. La plèvre viscérale est recouverte en certains points de dépôts fibrineux jaunâtres, peu consistants, et qui paraissent de date récente. Le poumon gauche est libre d'adhérences. La plèvre de ce côté contient 500 à 600 grammes environ de liquide citrin. A la coupe, le poumon droit présente une coloration brunâtre. La plus grande partie de ce poumon ne crépite pas. Les morceaux du centre descendent au fond de l'eau, tandis que les morceaux des parties périphériques surnagent. On exprime en abondance, avec le couteau, du liquide spumeux et jaunâtre.

Le poumon gauche crépite dans toute son étendue. Tous les morceaux surnagent. Ce poumon est aussi gorgé d'un liquide spumeux; mais moins épais que celui du poumon droit.

Le *cœur* est de volume moyen. Le péricarde renferme une petite quantite de liquide citrin. Tous les orifices du cœur sont sains, mais l'endocarde des deux ventricules est parsemé de taches jaunâtres d'athérome. Plusieurs plaques athéromateuses se voient sur la valve antérieure de la valvule mitrale. De petits dépôts calcaires existent au fond des nids valvulaires de l'origine de l'aorte. Les deux artères coronaires ont des parois entièrement calcifiées, et le calibre de ces vaisseaux est considérablement rétréci. La crosse de l'*aorte*, l'aorte descendante, et toutes les artères qui en partent, présentent aussi à leur surface interne de nombreux dépôts calcaires.

Abdomen. — La cavité péritonéale contient à peine un litre de liquide citrin. Les intestins sont ratatinés. L'estomac est sain ; sa muqueuse n'offre aucune lésion. Mais sur la deuxième portion du *duodénum,* au niveau de l'ampoule de Vater, on voit une *plaque fongueuse*, de forme à peu près circulaire, à bords saillants, à fond

blanchâtre ; cette plaque est de la grandeur d'une pièce de *deux sous.* En un point de la circonférence, on trouve un petit piqueté rougeâtre. Tout le reste de la muqueuse du duodénum est sain. Il en est de même de la muqueuse de l'intestin grêle et du gros intestin.

L'orifice duodénal du canal cholédoque n'est pas oblitéré entièrement. La sonde cannelée, introduite dans le canal cholédoque, passe dans le duodénum.

Tout autour du pancréas les ganglions sont volumineux, lardacés à la coupe, et ont subi la dégénérescence cancéreuse. Les *ganglions* mésentériques sont aussi atteints. L'un de ces ganglions, du volume d'une noix, est calcaire.

Le *foie* n'est pas augmenté de volume. Son tissu est ramolli, et présente à la coupe un aspect gris jaunâtre. Les conduits hépatiques, très-dilatés, donnent issue à de la bile verdâtre et diffluente. La vésicule biliaire, distendue par la bile, offre le volume du poing d'un enfant ; elle ne contient pas de calculs. Les canaux hépatique, cystique et cholédoque sont aussi très-dilatés ; le canal cholédoque admet presque l'index.

Le *pancréas* est volumineux et dur, mais il ne présente pas de noyaux cancéreux. Le canal de Wirsung est oblitéré dans une étendue de 2 à 3 centimètres à partir de son embouchure ; le reste du conduit est dilaté.

La *rate*, assez volumineuse, n'est nullement diffluente.

Les *reins* sont petits et lourds. Leur surface est mamelonnée. Le tissu est très-dur et crie sous le scalpel : la substance corticale est décolorée, et aussi un peu les pyramides.

En résumé, nous trouvons, comme lésion principale, un *cancer du duodénum*, sans généralisation aux autres viscères, et avec dilatation considérable des voies biliaires.

Le cancer du duodénum ne se généralise jamais. Cependant dans l'observation I, il est fait mention de petits noyaux, réellement cancéreux, qui existaient disséminés dans les reins et dans le foie.

Sur la muqueuse du tube digestif on peut rencontrer des ecchymoses disséminées comme celles qui se produisent après la ligature du canal cholédoque chez les animaux. Les ulcérations intestinales par rupture de vaisseaux s'observent lorsqu'il y a eu hémorrhagie intestinale. Dans d'autres cas toujours en vertu de la prédisposition aux hémorrhagies que possèdent les individus atteints d'ictère chronique, le cancer du duodénum peut coïncider avec un ulcère de l'estomac.

En voici un exemple.

Observation V.

(Observation de Frerichs. P. 118).

Troubles de la digestion stomacale. — Symptômes d'ulcère simple de l'estomac. — Ictère. — Distension de la vésicule biliaire. — Pleurésie du côté droit. — Hydropisie. — Pétéchies. — Mort.

Carcinôme du duodénum et dilatation des voies biliaires. — Ulcération simple de l'estomac. — Exsudat pleurétique du côté droit.

Marianne Dombrowski, domestique, âgée de 63 ans fut admise à la clinique de Berlin le 11 décembre 1853. Elle se plaignait depuis un an de douleurs à l'épigastre, survenant après le repas, accompagnées de renvois, de nausées, de vomissements par intervalles, et de paresse des intestins. Plus tard l'appétit se perdit complétement pendant que les douleurs s'étendaient dans la région du foie. Il y a quatre semaines une coloration ictérique de la peau commença à se développer graduellement.

État actuel. — La malade est maigre, les téguments sont flasques et ridés, d'une teinte jaune modérément intense. Pas d'œdème. Il y a un peu d'emphysème pulmonaire surtout à droite.

Le ventre est souple, le canal intestinal en partie distendu par des gaz.

Le foie est situé profondément : son bord supérieur se trouve à côté du sternum au niveau de la septième côte : son volume est un peu augmenté. L'obscurité du son mesure douze centimètres sur la ligne sternale ; quinze sur la ligne du mamelon ; treize sur la ligne axillaire. A droite, à côté de l'ombilic et deux centimètres plus bas on sent une tumeur arrondie, douloureuse, qui s'abaisse dans les profondes inspirations, et peut être suivie en haut jusqu'au bord tranchant du foie. Les faces supérieure et inférieure de cet organe, autant qu'elles peuvent être accessibles à la palpation, paraissent lisses et égales. On ne peut trouver de tumeur solide sur le foie, ni sur le trajet du canal cholédoque, jusqu'à la région pylorique et duodénale, malgré l'examen le plus attentif dans l'état de relâchement des parois abdominales.

La rate est un peu tuméfiée.

Les matières fécales sont argileuses, infectes.

L'urine a la couleur rouge du porter ; vue en couches minces elle est d'un jaune safrane.

Le pouls est mou, à soixante. Peu de démangeaisons à la peau.

Sous l'influence de la noix vomique administrée à l'intérieur l'appétit augmente les jours suivants. Les selles deviennent régulières, mais elles ne contiennent pas plus de pigment biliaire, après qu'avant la médication. La vésicule distendue augmente graduellement de volume. Elle reste lisse, sensible et mobile. L'ictère augmente d'intensité.

Trois semaines après l'entrée de la malade on observe à la partie inférieure du côté droit du thorax jusqu'à la quatrième côte une obscurité du son et une absence du murmure respiratoire. En même temps les voies aériennes se remplissent de mucus ; la respiration devient plus fréquente : la malade commence à se plaindre de difficultés à respirer et elle expectore avec peine des masses de mucus, visqueuses et moulées. Le pouls s'élève à 80-85. La sécrétion urinaire diminue.

La malade s'affaisse rapidement. De l'œdème se forme aux pieds et s'élève en peu de jours jusqu'au bassin. Le ventre devient fluctuant et sensible à la pression. Pouls petit à 110.

Le 26 janvier, la connaissance se perd. Les selles deviennent involontaires. Sanglots. Respiration stertoreuse. Pupilles dilatées, ecchymoses nombreuses, de la grandeur d'une lentille à celle d'un gros pois sur la peau du tronc et des membres.

Autopsie. — Vingt-six heures après la mort.

Voûte crânienne et dure-mère colorées en jaune, à l'état normal d'ailleurs. L'arachnoïde est sensiblement épaisse à côté de la scissure de la faux du cerveau — la pie-mère est très-congestionnée. Peu de liquide dans les ventricules. La substance cérébrale a sa consistance normale et n'est nullement colorée en jaune.

La muqueuse du pharynx et des voies aériennes est légèrement injectée. L'épiglotte est d'un jaune-safran.

La plèvre contient à gauche une livre de sérosité claire, de couleur jaune; à droite, à peu près quatre livres du même liquide mélangé de flocons fibrineux. Le poumon gauche est sec et emphysémateux à sa partie supérieure, comprimé à sa partie inférieure. L'emphysème est beaucoup plus développé à droite, le lobe inférieur de ce côté est presque complétement comprimé.

A l'ouverture du ventre, on voit l'estomac distendu par des gaz recouvrir le foie en partie et le refouler en haut et à droite. La vésicule biliaire distendue occupe le voisinage du pylore: le colon transverse est intimement uni au foie et à la face postérieure de la vésicule biliaire. La cavité abdominale contient une grande quantité de sérum mélangé de flocons fibrineux.

La vésicule biliaire dégagée de ses adhérences et le canal cholédoque mis à nu, celui-ci présente une largeur d'un pouce jusqu'à son insertion dans le duodénum. L'estomac contient un liquide gras, d'un brun noir.

A peu près un demi-pouce au-dessous du cardia, on trouve sur la paroi postérieure de cet organe, une ulcération simple, ovale, grande, comme une pièce de huit gros. Au fond de cette ulcération est fixée

une tumeur grosse comme un œuf de pigeon, noirâtre (coagulum sanguin solidifié). — La muqueuse de l'estomac et celle du pylore ne présentent aucune autre altération.

Dans la partie supérieure du duodénum, la muqueuse est épaisse et ramollie. A l'embouchure des canaux cholédoque et de Wirsung, on observe une perte de substance de un pouce de largeur et de un pouce et demi de longueur, entourée d'excroissances spongieuses en connexion avec une tumeur fongueuse qui s'étend à l'extérieur. Celle-ci ne comprend pas seulement les membranes de l'intestin, mais elle pénètre jusque dans la tête du pancréas, au sein duquel on trouve des foyers de ramollissement.

Le foie présente un sillon de constriction profond ; il est volumineux. La vésicule dépasse le bord de un pouce et demi. Le parenchyme de la glande est compacte et ferme, d'aspect de noix muscade, de couleur vert brun et traversé par les conduits biliaires uniformément dilatés.

Les cellules du foie en sont en partie pâles, en partie plus ou moins fortement imprégnées de matière colorante.

La rate est petite et ferme.

Le pancréas en dehors de la tête, est à l'état normal. Le canal intestinal contient des fèces grises, argileuses ; sa muqueuse est saine.

Les reins de grosseur normale sont colorés en jaune : rien d'anormal du reste dans leur structure. La muqueuse du bassinet, des uretères et de la vessie est safranée.

Indépendamment des altérations qui viennent d'être décrites, on trouve encore dans le cancer du duodénum l'ensemble des lésions qui résultent de l'obstacle au cours de la bile. Ces lésions intéressent le foie et l'appareil biliaire.

Ici encore les expériences faites sur les animaux nous donneront la clef des altérations hépatiques qui se produisent dans le cancer du duodénum et de la tête du pancréas.

A l'autopsie du chien qui vécut 19 jours après la ligature du canal cholédoque, M. Audigé trouva une dilatation considérable des canaux biliaires, et une prolifération conjonctive tout le long de ces canaux.

M. Vickham Legy (1), cité par M. Charcot a observé sur des chiens quelque chose d'analogue. M. Charcot a répété dans son laboratoire les mêmes expériences sur des cochons d'Indes, et voici ce qui a été constaté à l'autopsie :

1° Dilatation remarquable des conduits biliaires qui cependant conservent leur revêtement épithélial.

2° Hyperplasie de la capsule de Glisson, hyperplasie qui peut être suivie en remontant dans le foie jusque dans les espaces interlobulaires.

Cette hyperplasie conjonctive le long des conduits biliaires se produit rapidement, elle est d'abord marquée dans les espaces intéro-lobulaires, puis s'étend plus ou moins de manière à circonscrire parfois le lobule dans toute son étendue.

Toujours d'après les recherches de Legy, la ligature du canal cholédoque entraîne diverses lésions fonctionnelles du foie, et en particulier elle entrave la fonction glycogénique. Le glycogène fait défaut dans le foie des animaux mis en expérience, et tués après la ligature.

Enfin dans quelques cas Leyden, M. Charcot et M. Gombault, ont observé après la ligature du canal cholédoque

1. Vickham Legy Bartholomenw 15 reports T. IX, 1873.

de petits abcès biliaires, développés auprès de la paroi d'un canalicule biliaire.

Chez les malades atteints d'ictère par cancer de la deuxième portion du duodénum, les choses se passent absolument de la même façon.

La dilatation de la vésicule biliaire atteint parfois des dimensions considérables. Elle est toujours remplie de bile épaisse. Dans une observation seulement (Obs. I) elle renfermait deux petits calculs.

Le calibre du canal cholédoque considérablement augmenté peut admettre l'index et quelquefois le pouce. Le foie habituellement volumineux peut peser jusqu'à 1500 et 1800 grammes; sa surface est lisse, jamais granuleuse. Dans toutes les observations la coloration du foie est vert foncé ou olive, à la coupe on voit s'échapper des canaux biliaires divisés une grande quantité de bile. C'est la *congestion biliaire, apoplexie biliaire* de Durand-Fardel. La distension des conduits biliaires peut être portée au point qu'elle amène des dilatations ampullaires ou cylindriques de canaux interlobulaires.

Ces dilatations doivent communiquer avec les canalicules intra-lobulaires qui leur font suite. Cependant Frerichs n'a pu suivre la continuité de ces petites poches avec l'organe plus délié des canalicules biliaires à l'intérieur des lobules.

Observation VI

Observation de Frerichs, p. 121.

Carcinôme de la tête du pancréas et du duodénum. — Oblitération ectasie des voies biliaires et du canal de Wirsung. — Replétion des premières par du mucus. — Ictère chronique, dysenterie.— Diminution de la sécrétion urinaire. — Mort par épuisement.

Carl Bohle, journalier, âgé de 55 ans, fut admis le 27 novembre 1854 et mourut le 10 décembre.

Ce malade qui jusque là avait joui d'une bonne santé, épr ouvai depuis 6 mois des accès fréquents de douleurs violentes d'une courte durée, partant du voisinage de la vésicule biliaire, et s'irradiant vers l'épigastre.

Depuis sept semaines sans autre trouble de la santé générale il était devenu graduellement ictérique.

La peau est d'un jaune brun. Les organes de la cavité thoracique sont à l'état normal, appétit peu développé.

L'abdomen un peu distendu par des gaz contient une quantité modérée de liquide. Le foie est peu tuméfié; la matité embrasse sur la ligne médiane 8 centimètres, sur la ligne du mamelon 15, sur la ligne axillaire 12. Les parties de la surface de l'organe accessibles au toucher sont lisses, sans inégalités; son bord est tranchant. A la hauteur de l'ombilic on sent au côté externe du muscle droit une tumeur pyriforme, lisse, mobile, qu'on peut suivre jusque sous le bord du foie. On ne peut trouver des tumeurs solides sur le trajet du canal cholédoque jusqu'à son insertion dans le duodénum.

Peu à peu la peau prend une teinte bronzée; l'urine devient d'un noir brun et la quantité diminue.

L'amaigrissement augmente rapidement, les selles deviennent sanguinolentes, fréquentes avec ténesme.

Autopsie 6 heures après la mort. La peau du cadavre est d'un

jaune brun sous la dure-mère cranienne on trouve étendue sur les deux hémisphères une couche de sang extravasé.

Les deux poumons sont emphysémateux en haut et sur leurs bords, engoués par hypostase, en arrière et en bas. L'endocarde est d'un jaune foncé.

La cavité péritonéale contient à peu près 2 litres d'un liquide brun rougeâtre, donnant la réaction du pigment biliaire.

Le foie peu volumineux est extrait avec les parties voisines. Le canal cholédoque très-dilaté a un demi-pouce du diamètre immédiatement avant son passage dans le duodénum. Le canal cystique, la vésicule et les conduits hépatiques sont dilatés dans la même proportion. Toutes ces cavités sont remplies par un liquide muqueux, blanchâtre et cependant transparent. Aucune trace de bile (pigment ou acide) ni par l'acide nitrique ni par le réactif de Pettenkofer.

Le tissu du foie est fortement coloré en brun, et on voit par place les ramifications des veines hépatiques hypérémiées. Les gros vaisseaux du foie n'offrent rien d'anormal.

Sur des tranches minces du parenchyme on aperçoit de nombreux conduits biliaires présentant des dilatations partie-cylindrique, partie en forme de poches. Il est impossible de saisir la continuité des extrémités, obtuses ou en massue des conduits dilatés, avec l'organe plus délié des voies biliaires à l'intérieur des lobules.

Ces cellules hépatiques paraissent pauvres en contenu granuleux. Il n'y en a qu'un petit nombre dont le noyau soit bien apparent ; une autre partie est chargée de pigment, contient des molécules brunes à l'état d'isolement ou en groupes serrés, on voit aussi au milieu de ces éléments des corpuscules allongés en forme de boudin, colorés en brun ou en brun verdâtre.

La rate est petite.

La tête du pancréas dure, augmentée de volume, est transformée en une substance squirrheuse de nouvelle formation.

Sur la 2e portion du duodénum au niveau de l'ampoule de Wafer on voit une tumeur lobulée du volume d'une noix. Le canal cholédoque est complétement oblitéré. Le canal de Wirsung est aussi oblitéré et dilaté.

Sur la muqueuse du gros intestin on trouve plusieurs ecchymoses.
Les reins sont infiltrés de pigment biliaire.

Des dilatations ampullaires plus considérables des canaux biliaires sont aussi consignées dans l'observation VII.

Proportionnellement les canaux biliaires interlobulaires se dilatent moins que les canaux biliaires d'un plus fort calibre, contenus dans la capsule de Glisson. Cela s'explique par ce fait que dans les espaces interlobulaires, le parenchyme du foie offre une certaine résistance à la dilatation, tandis que la résistance de la capsule de Glisson est à peu près nulle.

L'hyperplasie conjonctive le long de l'arbre biliaire ne manque pas de se produire dans le cancer du duodénum. En même temps que les canalicules biliaires intra-lobulaires se dilatent, l'hyperplasie du tissu conjonctif périlobulaire comprime tous les éléments contenus dans le lobule, et rétrécit progressivement le champ du parenchyme hépatique. Aussi après une certaine période, le foie n'est-il plus aussi volumineux qu'il l'était au début de l'obstruction du canal cholédoque.

D'après O Wyss (1), les cellules hépatiques s'infiltrent de pigment biliaire. L'épithélium cylindrique qui tapisse la muqueuse des canaux biliaires disparaît en grande partie dans les canaux d'un certain calibre. Mais dans les canalicules interlobulaires l'épithélium cylindrique est conservé. On voit même quelquefois des cellules entassées de façon à oblitérer la lumière du conduit. Dans d'autres cas l'oblitération est causée par des infarctus pigmentaires.

1. *Archives*, 1866.

Quant à la paroi fibreuse des conduits biliaires elle est toujours hypertrophiée, dans les petits canalicules, comme dans les canaux de gros calibre. La bile contenue dans les conduit est habituellement visqueuse, tenant en suspension des flocons muqueux. Mentionnons comme une rareté, la bile incolore de Frerichs (obs. VI).

Sur les dix observations que nous rapportons aucune ne signale les abcès biliaires, ces petits abcès qui s'ils sont superficiels peuvent amener une péritonite de voisinage. Cruveilher pensait que ces abcès sout dus soit à une rupture des canalicules biliaires distendus, soit à une inflammation des petites poches kystiques qui se trouvent sur le trajet des canaux biliaires. M. Charcot (1), soutient qu'il n'y a jamais de bile mélangée à ces abcès, et que toujours ils prennent naissance au voisinage de la paroi d'un canalicule biliaire. Des pièces anatomiques préparées par M. Gombault confirment tout-à-fait cette dernière opinion.

1. Charcot. *Cours d'anatomie pathologique*, 1876, *in Progrès médical.*

CHAPITRE IV.

ÉTIOLOGIE

Nous n'avons pour ainsi dire pas de données positives sur l'étiologie du cancer du duodénum. Tout ce que nous savons c'est que cette maladie s'observe généralement après 50 ans. Dans une observation seulement le malade était âgé de 33 ans.

Sur les 10 cas que nous avons collectionnés il y a 8 hommes et 2 femmes.

Les excès alcooliques exercent-ils une influence sur le développement du cancer du duodénum comme sur le développement du cancer de l'estomac ? on peut le supposer mais non l'affirmer d'une façon certaine.

La grande loi de l'hérédité cancéreuse peut-elle être invoquée ici ?

Nos observations ne nous disent rien à ce sujet. Cependant Fleischman a cité l'histoire du père et du fils qui succombèrent tous les deux à un cancer du pancréas et du duodénum.

CHAPITRE V.

SYMPTOMES.

L'ictère est la première manifestation apparente du cancer de la 2me portion du duodénum. Il apparaît toujours sans cause appréciable. Dans les observations où il est dit que l'ictère est apparu après une forte émotion, on peut considérer le fait de l'émotion comme une simple coïncidence et non comme une cause. L'ictère à son début ne s'accompagne jamais de mouvement fébrile et c'est là un caractère qui peut servir à le distinguer de l'ictère dû à la lithiase biliaire. Tout au plus les malades éprouvent-ils un peu de faiblesse générale, une sensation de lassitude, de l'anorexie, plus rarement des vomissements. La coloration de la peau est d'un jaune très-foncé, d'un jaune brun. — La teinte ictérique est encore plus marquée sur les conjonctives et sur la muqueuse du plancher de la bouche.

Les démangeaisons à la surface de la peau ne se rencontrent pas dans tous les cas. Cependant elles sont quelquefois assez fortes pour forcer le malade à s'écorcher en se grattant. Dans un cas même on a vu les démangeaisons se montrer avant l'apparition de l'ictère. (observation de Stokes — obs. VII) — L'ictère une fois déclaré augmente d'intensité, et persiste jusqu'à la mort. Dans un cas cependant l'ictère a disparu pendant quelques mois durant lesquels

l'état général paraissait s'être amélioré ; puis il s'est montré de nouveau huit jours avant la mort. L'observation suivante est très-intéressante à ce point de vue.

Observation VII

Observations de Stokes, de la thèse de Villard 1870.

Ictère, accès de fièvre intermitente. Tumeurs fongueuses dans le duodénum autour de l'orifice du canal cholédoque, dilatation des canaux biliaires dans le foie. Wiliam Stokes — the Dublin quaterly of medical science, 1846 P. 505.

Le sujet de cette observation est un homme qui disait avoir toujours joui d'une bonne santé et n'avait jamais été malade jusqu'à l'âge de 68 ans. Étant au lit dans un état apparent de santé parfaite, il ressentit pendant la nuit une grande démangeaison qui diminua pendant le jour, mais reparut la nuit suivante. Le docteur Stokes fut alors appelé et voici dans quel état il trouva le malade :

La peau était fraîche, le pouls régulier, l'appétit bon. Pas de douleur mais une violente démangeaison à la peau pendant la nuit. Un sédiment coloré en rouge se déposait au fond des urines.

Ce malade resta une semaine sans présenter d'autres symptômes. Les selles étaient normales. Pas de trace d'ictère.

Une semaine après ces accidents le malade devint tout à coup ictérique (janvier). Il n'avait pas de fièvre et l'appétit resta intact pendant encore trois semaines. Alors survint une fièvre intermittente qui persista avec quelques intervalles de rémission jusqu'au jour de la mort. La fièvre évidemment dépendait de la présence de la bile dans la circulation générale. L'apparition de cette fièvre fut très-subite : il n'y eut pas de phénomènes prémonitoires. Elle commença par la lassitude et des frissons si violents que le lit en était ébranlé. Ces frissons duraient une heure et étaient suivis de chaleur. Il n'y avait pas de sueurs. Durant la fièvre l'ictère augmentait. Les accès fébriles surve-

naient quelquefois tous les deux jours; d'autres fois tous les quatre jours.

Les selles étaient décolorées.

Sous l'influence du calomel et du quinquina le malade se trouva mieux, et au mois d'avril il parut bien. Les selles étaient colorées par la bile, l'urine était claire, les symptômes fébriles avaient cessé.

Pendant l'été quelques accès fébriles survinrent irrégulièrement, toujours causés par des écarts de régime. Plus tard de nouveaux symptômes se manifestèrent successivement.

Son discours devint tout-à-fait inintelligible : en un mot il parlait en baragouinant ; il n'y avait pas de délire. Il avait des frissons qui cessaient aussitôt qu'il était au lit ; et alors il pouvait parler. Tous les deux jours il avait de nouveaux accès ; les selles étaient difficiles et décolorées.

Le malade était très-constipé ; il y avait un ténesme continuel et les purgatifs ne procuraient aucun soulagement. L'ictère et la fièvre augmentèrent d'intensité. Le deuxième jour de cet état de constipation le docteur Crampton introduisit un instrument dans le rectum et amena par ce moyen quelques matières durcies. Cette opération fut suivie de sept ou huit selles copieuses ; et le malade à partir de ce moment commença à aller mieux. L'amendement continua pendant plusieurs mois. Le malade devint gras, son sommeil était bon, et sa santé fut parfaite jusqu'au moment où il apprit la mort d'un de ses amis. Alors les symptômes de sa maladie réapparurent.

Tous les jours ou tous les deux jours, il avait un accès fébrile, mais sans transpiration. Cela dura un an. — Avant chacun des accès il éprouvait un sentiment d'oppression dans la poitrine. Durant les intermittences la langue était nette, l'abdomen dans un état normal, et l'ictère disparaissait presque complétement.

En dernier lieu apparut un état d'irritation des organes urinaires ; il y avait quelquefois une émission abondante d'urine, puis suppression et en même temps besoin d'uriner.

Durant les huit derniers jours de la vie la fièvre continua sans intermission avec ictère permanent et le malade mourut dans le coma.

Autopsie. — Le foie n'était pas augmenté de volume, mais il y avait un état morbide de la membrane muqueuse du duodénum autour de l'orifice du canal cholédoque. — Le calibre de ce canal était élargi ; il en était de même des canaux biliaires dans tout l'intérieur du foie. Il y avait à la surface de cet organe des saillies formées par de vrais anévrysmes ou dilatation dés canaux hépatiques.

L'orifice du canal cholédoque dans le duodénum était entouré par un fongus irrégulier. La vésicule biliaire était distendue par la bile ; ses parois étaient plus épaisses qu'à l'état normal.

L'obstacle au cours de la bile n'avait jamais été complet : l'orifice du canal cholédoque restait perméable quoique oblitéré.

Rien d'anormal dans les autres viscères.

Réfl. — Il est probable que le champignon cancéreux placé à l'extrémité duodénale du canal cholédoque jouait le rôle d'une soupape qui, soulevée par intervalle, permettait à la bile de s'écouler librement dans l'intestin, pendant assez longtemps pour que l'ictère put se dissiper.

(*Mouvement médical* 1870, *page* 351)

Avec la coloration ictérique on observe en même temps tous les autres signes de la présence de la bile dans le sang. Ainsi les urines sont fortement colorées en brun rougeâtre. Traitées par l'acide nitrique les urines des ictériques passent du brun au vert, puis au bleu, au violet, au rouge, au jaune sale foncé.

Les selles sont argileuses, plombées, d'un blanc grisâtre et elles n'offrent pas de trace de pigment biliaire. Ces selles sont habituellement bien moulées, plutôt dures que molles.

Si la diarrhée survient ce n'est qu'à la dernière période, l'odeur de ces selles est presque toujours infecte, repoussante. Quant aux matières grasses ou huileuses qui d'après Brigth doivent se rencontrer mélangées aux selles, elles ne sont signalées que dans l'observation qui est tirée du tra-

vail même de Brigth (obs. III). Cet état particulier des selles est connue sous le nom de stéatorrhée.

Douleur. — La douleur est un symptôme à peu près constant dans le cancer du duodénum, mais elle peut se présenter sous des formes et avec des caractères bien différents.

La douleur peut se montrer sous forme d'accès, revenant à des intervalles inégaux. Elle siège habituellement vers l'hypocondre droit et s'irradie vers l'épigastre et même vers l'hypocondre gauche. Dans d'autres cas c'est autour de l'ombilic qu'elle se trouve. Lorsque la douleur ne se fait pas sentir spontanément il est presque toujours possible de la réveiller par la palpation ou par une pression légère de l'abdomen. La douleur peut encore se propager vers le dos, et alors on a un point douloureux spinal, comme cela s'observe dans l'ulcère simple de l'estomac.

Peut-on sentir une tumeur abdominale dans le cancer du duodénum ? à proprement parler jamais, il n'existe pas de tumeur. Le ventre est souple habituellement, bien que la pression soit douloureuse dans l'hypocondre droit ou autour de l'ombilic. Mais la vésicule biliaire distendue peut quelquefois se sentir à travers la paroi abdominale. Quand le fond de la vésicule déborde le bord antérieur du foie, on trouve à droite de l'ombilic, un peu au-dessus une tumeur molle et piriforme dans laquelle on peut déterminer la sensation de flot. Si l'on continue la palpation en suivant le trajet du canal cholédoque, on ne sent aucune espèce de tumeur le long de ce canal.

Le foie au début est augmenté de volume. Il arrive que son bord inférieur descend presque toujours à 1 ou 2 tra-

vers de doigt au-dessus du rebord des fausses côtes. Ce bord n'est pas bien tranchant, mais plutôt un peu arrondi. Cependant si le ventre est souple on peut sentir à la main la face inférieure du foie qui est libre en dehors de la tumeur formée par la vésicule biliaire. Si le malade survit l'augmentation de volume du foie persiste pendant quelque mois, puis vient un temps d'arrêt, suivi d'une diminution de plus en plus apparente.

Fièvre *intermittente hépatique*. La fièvre intermittente hépatique qu'on rencontre dans plusieurs maladies du foie et des voies biliairs constitue-t-elle un symptôme du cancer du duodenum? Elle manque ordinairement. Cependant dans l'observation, citée de Stokes (obs. III) on trouve un type de fièvre intermittente hépatique caractérisée par des accès qui reviennent irrégulièrement. Elle paraît se développer de préférence lorsque dans les voies biliaires dilatées du pus ou du muco-pus se trouve mêlé à la bile stagnante. Du reste la fièvre intermittente hépatique n'appartient pas en propre à une seule maladie. Elle peut s'observer dans tous les états pathologiques qui s'accompagnent d'une rétention durable de la bile : le cancer du duodénum et du pancréas le cancer des voies biliaires, la lithiase biliaire, l'oblitération du canal cholédoque, la cirrhose hypertrophique etc. (1)

Troubles divers. Les vomissements existent dans quelques cas. Ces vomissements d'abord alimentaires deviennent ensuite glaireux. La constipation qui existe au début est remplacée à la fin par de la diarrhée (obs. IV). Un acci-

1. Voir Charcot. anat. pathologique, Cours de la Faculté 1876.

dent qui se produit quelquefois chez les animaux à la suite de la ligature du canal cholédoque peut aussi survenir dans les cas de cancer du duodénum ; je veux parler des hémorrhagies intestinales.

Observation VIII.

Tumeur cancéreuse de l'ampoule de Water. — Rétention de la bile. — Ictère noir, hémorrhagie ultime (Féréol), in recueil des travaux de la société médicale d'observation, 1859-63. T. III, p. 123.

Guillaume F..., serrurier, âgé de 56 ans, est entré à l'hôpital de la Pitié dans le service de M. Gueneau de Mussy le 29 avril 1859. Il dit avoir toujours été d'une excellente santé et d'une constitution robuste. Ses parents sont morts à un âge très-avancé. Il n'est pas marié à l'âge de 45 ans est survenu un ulcère à la jambe droite avec complication d'eczéma. L'eczéma subsiste encore aujourd'hui. Le malade mène depuis quatre ou cinq ans la vie la plus misérable n'ayant pour ressource que les hôpitaux ou la charité publique. Néanmoins son état général paraît avoir résisté longtemps à des influences aussi fâcheuses et il affirme qu'avant l'année dernière il n'avait jamais éprouvé de malaise antérieur, ni diarrhée, ni perte d'appétit, ni asthme, ni rhumatisme.

Vers le commencement de septembre dernier il fut pris tout à coup, sans cause appréciable, d'une jaunisse intense. L'invasion de l'ictère fut marquée par une faiblesse générale, de l'anorexie, sans état fébrile, ces selles étaient décolorées et parfois diarrhéiques. Il fut traité à l'hôpital Saint-Antoine par les alcalins, et au bout de deux mois il sortit avec la peau moins jaune.

Quinze jours après nouvelle perte de forces, nouvelle coloration verdâtre de la peau, récidive de la diarrhée. En outre le malade avait de la céphalalgie, la sensation d'une barre à l'estomac et dans tout

le ventre quelques douleurs sourdes. Ce malade entra à la Pitié dans le service de M. Marotte qui fit poser des sangsues à l'anus. Un mois après il partait pour l'asile de Vincennes d'où il sortait guéri au bout d'un mois. Il resta bien portant pendant près de quatre mois.

Le 27 avril l'ictère reparut sans plus de cause appréciable que la première fois et en même temps l'ulcère de jambe qui s'était cicatrisé commença à se rouvrir. C'est alors qu'il entra dans le service de M. Gueneau de Mussy, 30 avril. État actuel. Homme de taille moyenne, un peu maigre.

L'ictère est général, sa teinte est d'un jaune serin, foncé. La peau est le siége de démangeaisons assez vives et générales sans prédominance à la paume des mains. Sur la poitrine éruption de petites taches rosées, érythémateuses, disparaissant par la pression du doigt. Infiltration séreuse très-légère dans le tissu cellulaire sous-cutané, appréciable par la pression du stéthoscope. Les urines traitées par l'acide nitrique donnent la réaction caractéristique de la présence de la bile.

Selles blanchâtres, non diarrhéique, le ventre est souple, indolent partout, et la palpation ne révèle aucune tumeur apparente. Le foie est descendu à deux travers de doigt au-dessous des fausses côtes, supérieurement la matité du foie remonte jusqu'au mamelon.

On ne sent pas la vésicule biliaire.

L'appétit est bon.

Les jambes sont maigres et variqueuses. Sur la jambe droite existe un petit ulcère variqueux un peu au-dessous de la malléole interne.

Pendant quinze jours les choses restèrent dans cet état ; mais bientôt le malade commença à perdre l'appétit.

Il est très-abattu, et plongé dans une somnolence continuelle. Il n'urine plus. Œdème appréciable à la pression du doigt dans les points déclins du tégument.

Mort le 4 juillet.

Autopsie. — La coloration jaune de la peau se retrouve dans tous les organes, excepté dans la substance cérébrale qui a ses deux teintes blanche et grise ordinaires.

Les poumons, le cœur et le cerveau ne présentent aucune altération notable.

La cavité péritonéale ne renferme pas de liquide : le foie déborde les fausses côtes de trois travers de doigt.

Face convexe : largeur. — 39 c. 6 — haut. — 20 c. 1/2.

Face concave ; largeur. — 28 1/2 — haut. — 16 1/2.

La coloration générale du foie est d'un vert bouteille. Le tissu est ramolli et se laisse facilement déchirer. Tout le tissu est imbibé d'une bile jaune et fluide qui semble répandue dans tout l'intérieur des canaux biliaires. La tumeur elle-même a l'aspect de la matière encéphaloïde, assez molle du côté de l'intestin, plus dure du côté du pancréas, dont elle ne partage pas la structure acineuse. Le reste du pancréas est absolument sain.

L'examen microscopique a montré dans la tumeur la présence de cellules cancéreuses avec les cellules d'épithélium cylindriques, semblables aux cellules cylindriques de la muqueuse intestinale.

La rate et les reins sont ramollis.

La muqueuse de l'estomac est normale.

La muqueuse intestinale est colorée par une rougeur uniforme. Dans le dernier tiers de l'intestin grêle on trouve des caillots de sang. Les plaques de Peyer sont un peu tuméfiées et marquées de points noirs assez gros. Il n'y a pas d'ulcérations ni de ramollissement de la muqueuse. La muqueuse du gros intestin est complétement saine.

Dans l'observation de Frerichs, les selles devinrent aussi sanguinolentes vers la fin de la vie.

La tendance aux hémorrhagies peut se manifester encore par de petites ecchymoses sous-cutanées, des taches de purpura, qui surviennent dans les derniers jours de la vie. L'observation X de Frerichs fournit une preuve de la coïncidence du cancer du duodénum, d'une ulcère de l'estomac et d'hémorrhagies sous-cutanées. La pleurésie observée dans le

même cas a été produite par une cause indépendante de la maladie principale.

Marche. — La marche de la maladie est progressive. Les forces du malade s'affaiblissent graduellement. Cependant l'œdème des membres inférieurs n'apparaît ordinairement qu'assez tard. Lorsque la maladie a une marche assez rapide la mort arrive avant la production de l'œdème. S'il se fait un épanchement dans le péritoine, cette ascite est si minime qu'elle est à peine appréciable.

Quelle est la durée ordinaire de la maladie? Frerichs prétend que dans le cas d'ictère par rétention de la bile la vie ne peut pas se prolonger au-delà de deux ans et demi. Dans nos observations, le maximum de durée de l'ictère a été de huit mois. Il faut en excepter cependant l'ictère intermittent de l'observation VII, qui s'est montré pendant plus d'une année.

C'est le passage de la bile dans le sang et la résorption des éléments excrémentitiels de la bile qui amènent la mort. Parmi les parties constituantes de la bile, on ne sait pas encore si on doit attribuer cette action noscive à la cholestérine ou aux différents sels biliaires. Flint (1) attribue tous les accidents à la résorption de la cholestérine. Mais la cholestérémie injectée dans le sang des animaux n'a jamais produit d'accidents si graves. Il est vrai que le foie pouvait suffire à l'éliminer, puisque les expérimentateurs n'avaient pas lié le canal cholédoque.

Pour que la cholestérémie fût prouvée, il faudrait lier le canal cholédoque d'un certain nombre d'animaux, injec-

1. Voir communication d'Audigé.

ter à quelques-uns de la cholestérine, et voir si ces derniers ne succomberaient pas plus vite que les autres.

Quoi qu'il en soit, la résorption de la bile pendant un temps suffisamment prolongé est capable d'amener la mort. Dans l'observation suivante de Dreyfus, où le cancer du duodénum coïncidait avec une tuberculisation pulmonaire, la mort est survenue avant que les lésions pulmonaires fussent arrivées à un degré assez avancé pour amener immédiatement une issue fatale.

Observation IX

Tuberculose pulmonaire. — Cancer du pancréas, de la deuxième portion du duodénum et de l'ampoule de Vater. — Dilatation considérable des canaux biliaires. — Communication très-étendue de la vésicule biliaire avec le côlon transverse. — Péritonite chronique adhésive; par M. L. Dreyfus, interne des hôpitaux.

Pen... L., 33 ans, entre le 10 avril 1876, à l'hôpital Temporaire, salle Sainte-Hélène, n° 26, (service de M. Hayem).

Il a toujours joui d'une excellente santé : jamais d'accidents syphilitiques. Mais il a fait autrefois quelques excès alcooliques et a travaillé pendant tout l'hiver dans des caves humides. La maladie débuta, il y a sept mois, par l'ictère, qui, des conjonctives, s'étendit rapidement à tout le corps. Un mois après, il eut un premier accès de colique hépatique (douleurs très-vives dans l'hypochondre droit, vomissements, accès de fièvre). Huit jours après, nouvel accès ; après un intervalle d'une semaine, troisième accès. L'ictère persistait, les selles étaient décolorées, les urines rougeâtres. La santé était cependant encore assez bonne.

Il entra à Saint-Antoine, d'où il sortit amélioré après un séjour

d'un mois. Mais le jour même de sa sortie, il fut repris de fièvre avec frissons répétés, courbature, grande faiblesse, douleurs dans l'hypochondre droit, phénomènes qui s'amendèrent au bout de douze jours. Au commencement d'avril, il alla à Vincennes ; mais, l'ictère devenant de plus en plus intense, il se décida à entrer à l'hôpital.

Etat actuel, 16 *avril*. Malade de constitution robuste, mais amaigri. Ictère intense, verdâtre, généralisé. Selles régulières, blanchâtres. Urines rouge-acajou, avec reflet verdâtre, riches en pigment biliaire, sans trace d'albumine (2 litres). — Fonctions digestives peu altérées. Appétit diminué; assez fréquemment, vomissements après ses repas. Toux assez fréquente la nuit depuis quelques jours. Douleur assez vive, continue, exaspérée par la pression, à 3 travers de doigt au-dessous des fausses côtes, dans l'hypochondre droit. A la palpation, sensation d'empâtement, sans saillies ni bosselures, au niveau de l'hypochondre et de l'épigastre. — Impossibilité de préciser les dimensions du foie. — Sonorité dans tout l'abdomen, tympanique au niveau de l'estomac qui paraît dilaté. Rate normale.

L'auscultation et la percussion du thorax ne donnent pas de renseignements bien précis. Aux deux sommets, en arrière, un peu de submatité; quelques râles disséminés dans la poitrine. Rien au cœur. Le pouls est assez fort, 90. La température, normale le matin, s'élève le soir à 38°, 5. *Traitement* : vésicatoire sur la région hépatique. Pot. Iod, pot. 1 gr. Extrait thébaïque 0,05.

Jusqu'à la fin d'avril l'état du malade ne se modifia pas sensiblement; cependant l'ictère devint plus intense, et les urines de plus en plus rouges. L'appétit resta assez satisfaisant : tendance à la constipation. Selles presque entièrement décolorées. La région hépatique est moins douloureuse.

Du 1er au 8 mai. L'ictère paraît sensiblement diminuer. On applique successivement deux vésicatoires sur la région hépatique. Les urines renferment des traces d'albumine; l'urée des 24 heures, au début de 20 gr. est tombée le 7 mai à 17 gr.4, et le 10 mai à 13 gr.7. Léger bruit de souffle systolique à la pointe.

8 *mai*. Le malade raconte que ses selles renfermaient de petits

corps durs, qui avaient causé une assez vive douleur pendant la défécation.

Du 8 au 11 mai. L'ictère est beaucoup moins intense, bien que les urines et les selles n'aient pas subi de modifications. L'état général ne s'est pas sensiblement modifié ; toutefois le malade se dit mieux portant. Les signes fournis par l'examen de la région hépatique n'ont pas varié.

12 *mai.* — Le malade se plaint d'une diarrhée extrêmement abondante. Cette diarrhée l'affaiblit considérablement.

13 *mai.*— Il est très-faible, très-amaigri ; les selles sont devenues de plus en plus nombreuses. Le 14 mai au matin, le malade est très-affaissé ; la mort survient dans l'après-midi.

Autopsie. — Granulations miliaires disséminées dans les deux poumons : au centre des poumons, petits foyers caséeux. Granulations sur la plèvre diaphragmatique. Rien au cœur.

Foie. — Au niveau du bord droit et de la face inférieure du foie, nombreuses adhérences péritonéales, minces et finement vascularisées. Par leur intermédiaire, le foie adhère à la paroi abdominale sur une étendue d'un centimètre environ. Les ganglions à la face inférieure du foie sont noirâtres, très-volumineux, comprimant légèrement le canal cholédoque et le canal cystique. On trouve à la face inférieure du foie *deux masses* entourées d'adhérences péritonales. La première est formée par le pancréas, la seconde portion du duodénum et l'extrémité du canal cholédoque, la seconde par le côlon transverse et la vésicule biliaire. Le pancréas, dans toute son étendue, est criblé de petites tumeurs marronnées, en partie molles et en partie dures, ayant l'aspect de l'encéphaloïde et surtout développées au niveau de la tête de l'organe. En ouvrant le duodénum dans sa seconde portion, on constate que la paroi en est occupée par des masses fongueuses de même nature que les tumeurs du pancréas. Quelques-unes pénètrent dans l'orifice de l'ampoule de Vater et viennent faire saillie dans le canal cholédoque qui est presque entièrement oblitéré. En un point des masses cancéreuses du duodénum, on voit sourdre d'un petit orifice une certaine quantité d'un liquide séreux. C'est l'orifice du

canal pancréatique considérablement dilaté dans toute son étendue. En suivant les *conduits biliaires* vers le foie, on constate une dilatation considérable du canal cholédoque et des petits conduits biliaires dans l'intérieur de la glande hépatique. Celle-ci, non modifiée dans son volume, a une coloration verdâtre très-prononcée. Le canal cystique est également très-dilaté. Les adhérences péritonéales ne permettent pas de séparer la vésicule biliaire du côlon transverse. En l'incisant, on constate qu'elle communique par une large ouverture avec le côlon transverse. Dans son intérieur est un magma semi-liquide, brunâtre, dans lequel flotte, appendue à la paroi, une membrane grise, noirâtre, qui paraît constituée par la muqueuse gangrénée. Pas de calculs dans la vésicule. — *Aucune autre lésion*, sauf une dégénérescence graisseuse peu marquée des reins, dans leur portion corticale.

L'*examen microscopique*, fait par M. Gombault, a démontré l'existence des tubercules dans les poumons: la tumeur duodénale était un cancer alvéolaire. Quant aux lésions du foie, ce sont celles qu'on observe à la suite de la rétention biliaire: dilatation des canaux biliaires, qui ne semble pas dans ce cas s'étendre jusqu'aux plus fins canalicules; hypertrophie du tissu conjonctif périlobulaire.

Réflexions. — Cette observation est intéressante à plusieurs titres. Notons d'abord la coexistence chez un homme encore jeune, des deux diathèses tuberculeuse et cancéreuse. Malgré les lésions du poumon et du canal intestinal, malgré l'ictère permanent, l'état général est resté assez bon jusqu'aux derniers jours de la vie. Quant à l'existence des calculs biliaires, elle n'est pas démontrée, bien que fort probable en raison des accès de colique hépatique et de la présence, signalée par le malade, de petits corps durs dans ses fèces. Il est permis de croire que les phénomènes se sont seuls enchaînés de la manière suivante; oblitération du canal cholédoque par le cancer du duodénum et du pancréas, rétention de la bile, formation des calculs qui, parvenus dans la vésicule, y ont déterminé une inflammation aiguë; adhérence, puis communication de la vésicule avec le côlon transverse.

Mentionnons encore comme dernier symptôme le ralentissement des mouvements du cœur. Le pouls dépasse rarement 60 et peut tomber à 40. — Cependant à la période de cachexie la fréquence du pouls s'observe presque toujours (100 et 120).

En même temps que les battements du cœur sont ralentis, l'impulsion est aussi moins forte. — La physiologie pathologique enseigne que les sels biliaires introduits dans le sang agissent sur le cœur de cette façon ; et là encore la clinique est en accord parfait avec l'expérimentation.

DIAGNOSTIC.

Lorsque l'ictère est bien constaté, lorsque par l'examen des urines et des selles on a pu s'assurer qu'il ne s'agit pas de la coloration jaune paille de la cachexie cancéreuse, ou de la teinte terreuse des cachexies palustres, ou de la teinte grisâtre des malades intoxiqués par le plomb, ou enfin de la coloration verdâtre de certaines chlorotiques, comment peut-on reconnaître que la cause déterminante de l'ictère est un cancer du duodénum ?

Ici, nous l'avouons, les difficultés commencent ; et souvent le diagnostic ne repose que sur des probabilités. Nous allons cependant essayer de distinguer du cancer du duodénum les autres causes qui peuvent donner lieu à un ictère chronique.

Le cancer de l'estomac peut-il s'accompagner d'ictère par rétention de la bile. D'après Rokitansky le cancer du pylore est exactement limité par l'anneau pylorique, et

n'atteint jamais le duodénum. Cependant Brinton sur 125 cas de cancer du pylore a trouvé dix fois que la lésion loin d'être limitée à la valvule pylorique s'étendait à un pouce ou deux dans le duodénum, sans descendre cependant jusqu'à l'ampoule de Water. Un cancer du pylore ne pourrait obstruer les voies biliaires que s'il formait une tumeur assez volumineuse pour descendre jusqu'au pancréas. Dans ce cas la tumeur serait appréciable à la palpation, et l'on sait que l'on ne sent jamais de tumeur en dehors de celle formée par la vésicule dilatée, dans le cancer de la deuxième portion du duodénum.

Réciproquement il peut se faire que le cancer du duodénum avec ictère présente quelques symptômes du cancer de l'estomac, comme dans l'observation suivante de M. Noël Gueneau de Mussy.

Observation X.

Observation de Gueneau de Mussy. clinique médicale T. II. P. 144.

Ictères. — Cancer du duodénum ayant présenté les symptômes d'un cancer de l'estomac. Dilatation des voies biliaires.

Un homme de 52 ans, sellier, entre dans le service de Chomel le 11 décembre 1839. Sa santé habituellement excellente, n'avait guère été troublée que par des maladies vénériennes dont il parcourut le cercle complet : blennorrhagie, bubons, chancre, mais qui ne semblent pas avoir laissé de traces.

Depuis plusieurs années il était sujet à un flux hémorrhoïdal qui revenait périodiquement tous les mois, accompagné du développement de tumeurs hémorrhoïdales non douloureuses et précédé de céphalalgie et de congestion de la face : depuis 5 mois ce flux avait cessé.

Cet homme affirme n'avoir point fait abus de boissons alcooliques et ses digestions étaient régulières. Il y a 5 mois, c'est-à-dire précisément à l'époque où le flux hémorrhoïdal cessa, il s'aperçut que ses pieds étaient le siège d'une tuméfaction œdémateuse, qui au bout d'un mois était montée jusqu'au mollet. Depuis la même époque ses forces avaient décliné et il éprouvait de la peine à marcher.— Sous l'influence de frictions avec un topique dont il ignore la composition cet œdème diminua momentanément pour reparaître quand il suspendit l'emploi de cette médication.

Trois mois après le début de ces accidents, l'œdème avait gagné le haut des cuisses : à cette époque il remarqua que son ventre se tuméfiait et en même temps il sentit des douleurs dans la région ombilicale : L'appétit diminua, il maigrissait, il avait souvent des nausées et plusieurs fois il eut des vomissements.

A son entrée à l'Hôtel-Dieu nous constatâmes qu'il avait le teint jaune, les membres inférieurs œdématiés, la langue était humide, l'appétit avait beaucoup diminué, mais il n'était pas aboli ; les fonctions de l'intestin s'accomplissaient d'une manière régulière.

L'abdomen était le siège d'un épanchement ascitique, il était volumineux, météorisé, tendu ; il y avait sur les côtés, à droite surtout une matité qui se déplaçait suivant la position du malade.

Dans la région de l'hypochondre on sentait une résistance obscure, mal circonscrite, la pression éveillait une sensibilité anormale. Il y avait de la constipation, les évacuations étaient solides, peu colorées.

Les urines n'étaient pas albumineuses. Pendant le séjour d'un mois qu'il fit à l'hôpital les troubles digestifs s'accentuèrent de plus en plus : les vomissements revinrent plus souvent sans être quotidiens. Il y avait de très-fréquentes douleurs ombilicales et hypogastriques ; les premières, dans les derniers jours, prirent le caractère lancinant : l'œdème cependant diminua, mais la perte d'appétit, l'amaigrissement, la faiblesse firent des progrès incessants. Les selles rares et solides furent une fois toutes noires, dans les derniers jours elles devinrent liquides ; les vomissements cessèrent, le ventre devint peu sensible à la pression, le pouls s'affaiblit de plus en plus et le malade succomba.

Autopsie. — L'épiploon est très-court et l'arc du colon est très-petit; l'estomac énormément dilaté descend jusqu'au pubis et couvre presque toute l'étendue de la cavité abdominale.

Le duodénum offre à sa partie supérieure une dilatation telle qu'au premier abord on la prendrait pour une portion de l'estomac : à sa partie supérieure cette ampoule mesure environ dix centimètres de circonférence, tandis qu'au-dessous on n'en trouve plus que quatre. Au niveau de cette dilatation, on trouve dans la cavité de l'intestin une tumeur à surface blanchâtre, inégale, mamelonnée, présentant comme des circonvolutions, d'une consistance lardacée, sans vaisseaux bien apparents, cette tumeur a dans certains points quatorze à seize centimètres d'épaisseur, dans d'autres elle n'en a que quatre à sept.

Elle est située à 8 centimètres environ de l'orifice pylorique ; entre cet orifice et la production morbide, les valvules conniventes sont complétement effacées.

La surface de la muqueuse duodénale offre une teinte noire qui s'enlève par le grattage. Vers sa partie moyenne dans l'étendue de 26 cent. 1/2, existent des saillies blanchâtres en forme de champignon, qui offrent une dureté squirrheuse et crient sous le scalpel ; elles reparaissent dans le voisinage de la région pylorique et la limite de cette altération n'est pas nettement tranchée.

L'ouverture pylorique est considérablement dilatée et a 13 cent. 1/2 de circonférence. L'estomac a 38 centimètres de diamètre vertical. Sur la surface interne lisse et pâle, se dessinent les saillies des fibres musculaires, et quelques rares arborisations vasculaires ; la membrane muqueuse est plus molle dans le grand cul-de-sac que dans le petit cul-de-sac, et la paroi gastrique est amincie.

Le canal cholédoque a une épaisseur double de celle qu'il présente dans l'état normal, et vient s'ouvrir au sommet d'un mamelon blanchâtre plus volumineux que la saillie normale qui correspond à l'ampoule de Water.

A l'entrée du jéjunum est un noyau cancéreux semblable à ceux que nous avons décrits dans le duodénum ; tout l'intestin offre une teinte noirâtre, plus vers la partie supérieure, qui diminue par le lava-

ge, et disparaît quand on la racle avec le dos d'un scalpel. L'iléon est grisâtre, et rétréci dans un point sans altération appréciable de son tissu.

Le foie offre un volume peu considérable et une coloration d'un brun pâle ; dans son intérieur les conduits biliaires sont dilatés et épaissis : ils se distinguent par une coloration, jaunâtre entourée d'un cercle verdâtre ; ces circonstances permettent de supposer que le cours de la bile a été gêné par quelque obstacle dans les conduits excréteurs, probablement par la tuméfaction de l'ampoule terminale.

La vésicule du fiel renferme une bile épaisse, jaunâtre ; le tissu du foie est mou.

La tumeur duodénale dont il vient d'être question me paraît être un épithélioma. A l'époque où cette observation a été recueillie, le microscope, bien qu'il fût déjà d'un usage habituel, n'avait pas encore déterminé les éléments histologiques des tissus normaux et morbides. Mais la description qui précède me paraît se rapporter aux productions épithéliales.

Pendant les deux premiers mois, le travail morbide ne se révèle guère que par des troubles généraux de la nutrition, de l'amaigrissement, de la diminution des forces et de l'œdème ; cependant le malade accuse des douleurs circumombilicales ; au bout de deux mois surviennent les troubles fonctionnels qui accompagnent ordinairement le cancer de l'estomac ; et en effet, la partie malade du duodénum, énormément dilatée, fait partie de l'estomac ; la barrière qui les séparait n'existe plus, l'anneau pylorique est effacé, et c'est probablement depuis cette fusion que les symptômes gastriques se sont développés.

A la fin de la maladie les vomissements deviennent rares en même temps que se déclare une diarrhée qui indique probablement la période ulcérative. Il est vrai que, comme le fait remarquer Trousseau, quand l'estomac est très-dilaté les vomissements deviennent plus rares, mais en même temps ils sont plus abondants ; chez notre malade ils ont complétement manqué dans les derniers jours de la vie.

Si un fait analogue se présentait dans la pratique, on ne pourrait pas affirmer que l'estomac ne serait pas malade ; mais à cause de l'ictère persistant on pourrait diagnostiquer avec de fortes présomptions que le duodénum serait aussi atteint au niveau de l'embouchure du canal cholédoque.

L'ulcère simple du duodénum peut siéger quelquefois au niveau de l'ampoule de Water, Teillais (1), Marot (2), ont rapporté des observations d'ulcère du duodénum avec ictère. — En 1861, M. Potain présenta à la Société anatomique un ulcère de la deuxième portion du duodénum avec dilatation des voies biliaires, trouvé chez une femme de 80 ans. Pendant la vie on avait observé des symptômes analogues à ceux d'une production cancéreuse. Il est évident que dans ce cas le diagnostic différentiel ne saurait avoir une précision excessive. Cependant si l'ulcère du duodénum venait à se cicatriser, et si la bride cicatricielle n'oblitérait pas l'ampoule de Water, l'ictère pourrait disparaître et alors on serait en droit d'affirmer qu'il n'y a pas de cancer.

Le *cancer des voies biliaires* ne s'accompagne d'ictère permanent que lorsqu'il oblitère complètement le canal cholédoque. Dans ces cas il est facile de se tromper sur le siège du cancer. Mais habituellement le cancer des voies biliaires occupe la vésicule elle-même ; il détermine rarement de l'ictère, et l'on sent toujours une tumeur douloureuse dans la région de la vésicule. De plus cette tumeur n'est pas molle et fluctuante comme celle d'une vésicule

1. Thèse de Paris, ulcère chronique simple du duodénum 1869.
2. Marot, ulcère chronique du duodénum thèse 1865.

distendue par la bile. Il y a tout autour un empâtement général.

Les tumeurs du foie (cancer primitif, kyste hydatique, abcès) quand elles s'accompagnent d'ictère, ne produisent cette complication qu'à une époque assez avancée de la maladie. Or avant de produire de l'ictère ces tumeurs se sont toujours manifestées par d'autres symptômes. L'erreur sera donc facile à éviter si l'on se rappelle que l'ictère est un des premiers symptômes du cancer de la deuxième portion du duodénum.

Le cancer du mésantère, le cancer du grand épiploon ne pourraient amener de l'ictère que par extension de la tumeur cancéreuse vers le duodénum. Or cette tumeur n'a pas dû passer inaperçue jusqu'à l'apparition de l'ictère. De plus on a aussi observé auparavant des symptômes de péritonique chronique.

Les causes exceptionnelles d'ictère chronique que l'on trouve dans les auteurs, telles que la présence dans le canal cholédoque d'un ascaride lombricoïde, d'une douve du foie, d'hydatides, peuvent être passées sous silence, et ne pas entrer en ligne de compte pour le diagnostic différentiel.

Nous pouvons en dire autant d'une tumeur cellulo-graisseuse du canal cholédoque, ayant oblitéré ce canal et amené à la suite un ictère chronique ; ce fait, le seul qui existe dans la science a été publié par Eherman (1) et la pièce déposée au Musée de Strasbourg.

1. Eherman. Observation d'anatomie pathologique, au musée de Strasbourg.

La cirrhose hypertrophique avec ictère peut-elle être prise pour un cancer du duodénum, obturant l'embouchure des voies biliaires. D'abord l'ictère dans la cirrhose hypertrophique est soumise à des exacerbations fébriles rares dans le cancer du duodénum. Dans la cirrhose hypertrophique le bord du foie est tranchant, plus arrondi dans l'ictère par obstruction des voies biliaires. De plus la vésicule biliaire dans la cirrhose hypertrophique ne prend jamais un développement accentué. Enfin les malades atteints de cirrhose hypertrophique peuvent vivre six et sept ans avec leur ictère et un foie toujours volumineux. Les malades atteints de cancer du duodénum avec ictère succombent beaucoup plus tôt ; et lorsque la maladie dure plus d'un an, le foie après avoir été d'abord volumineux, rentre presque dans son état normal.

L'ictère dû à la présence de calculs biliaires survient après de petites ou de fortes coliques hépatiques. Lorsqu'un calcul volumineux se trouve enclavé dans le canal cholédoque, la rétention de la bile peut être complète, et alors les symptômes se rapprochent de ceux du cancer du duodénum. Ce qui servira à établir le diagnostic, c'est le souvenir des coliques qui ont précédé. Du reste en examinant les selles avec grand soin, on pourra souvent trouver le corps du délit. Un accident qui est quelquefois la conséquence de l'oblitération calculeuse du canal cholédoque, c'est l'ulcération des parois du canal suivie d'épanchement de bile dans le péritoine et de péritonite rapidement mortelle. Cet accident est inconnu dans le cancer de la deuxième portion du duodénum.

Le cancer du pancréas peut exister isolément, sans

participation du duodénum, or comme le canal cholédoque avant de s'ouvrir dans le duodénum se trace souvent un chemin sur la tête du pancréas, l'ictère par compression du canal cholédoque est presque toujours la conséquence du cancer isolé de la tête du pancréas.

Reconnaître pendant la vie si le duodénum est seul affecté, ou le pancréas seul, ou les deux organes à la fois, nous paraît absolument impossible.

Il est une autre affection bien décrite dans ces derniers temps, qui détermine à peu près les mêmes symptômes que le cancer du duodénum et du pancréas : c'est la sclérose de la tête du pancréas. Dans les cas où le canal cholédoque est entouré de tous côtés par les acini de la glande pancréatique, l'hypertrophie des tractus fibreux comprime et finit par oblitérer le calibre du canal cholédoque. De là ictère par rétention. M. Déjerine (1) a présenté récemment une observation de ce genre à la Société anatomique, et à la même époque M. Tibaldi en Italie publiait l'histoire d'une femme âgée de 35 ans, atteinte d'ictère chronique, qui présenta aussi à l'autopsie une sclérose de la tête du pancréas (2).

Il est évident que dans ces cas le diagnostic différentiel ne saurait être établi. La terminaison est du reste la même.

1. Déjerine. Sclérose du pancréas ictère, in Progrès médical 1876. n° 24, p. 460.

2. Tibaldi. Ictère par sclérose de la tête du pancréas, in Gazette médicale de Paris, n° 42 p. 504.

IMPRIMERIE A. DERENNE, MAYENNE. — PARIS, BOULEVARD SAINT-MICHEL, 52.

IMP. A. DERENNE, MAYENNE. — PARIS, BOULEVARD SAINT-MICHEL, 52.